



På hvilken måte kan sykepleier ivareta kvinner som gjennomfører provosert abort på sykehus?

Kandidatnummer: 32 og 99

VID vitenskapelige høyskole

Oslo

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BASP2020

Antall ord: 9807

25.05.2023

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til oppgaven.
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammendrag

Hensikt: Oppgavens hensikt er å belyse kvinners erfaringer knyttet til provosert abort, og hvordan sykepleier kan følge opp og ivareta disse kvinnene på sykehus.

Problemstilling: På hvilken måte kan sykepleier ivareta kvinner som gjennomfører provosert abort på sykehus?

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie, basert på allerede eksisterende litteratur og forskning. Artiklene er funnet gjennom systematiske søk i databasene Cinahl og Medline. Dette har dannet grunnlaget for besvarelsen av vår problemstilling.

Resultat og konklusjon: Abort er for mange kvinner en utfordrende prosess, med blandede tanker og følelser. Sykepleiers evne til å skape en god relasjon og tillit til kvinnen viser seg å være avgjørende for abortprosessen. Det kommer tydelig frem at kvinnene har behov for god informasjon, og at møte med et ikke-dømmende helsepersonell er viktig. Ved at sykepleieren viser gode moralske holdninger, samt gjennomfører riktige prioriteringer av behov, vil det kunne bidra til en bedre opplevelse for pasienten.

Nøkkelord: Kvinnehelse, sykepleier, sykehus, provosert abort, erfaringer, kommunikasjon og ivaretagelse.

Abstract

Purpose: The purpose of this assignment is to shed light on women's experiences related to induced abortion and how nurses can follow up and care for these women in the hospital setting.

Research question: In what ways can nurses care for women going through induced abortion in the hospital?

Method: This study is a literature review based on existing literature and research. Articles were found through systematic searches in the databases Cinahl and Medline. These formed the basis for addressing our research question.

Results and conclusion: Abortion is a challenging process for many women, both mentally and physically. The nurse's ability to establish a good relationship with the woman proves to be crucial for the abortion process. It is evident that women need good information and non-judgmental healthcare professionals. By demonstrating good moral attitudes and prioritizing the woman's needs correctly, nurses can contribute to a better patient experience.

Keywords: Women's health, nurse, hospital, induced abortion, experiences, communication, and care.

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Innledning..... | 1 |
| 1.1 | Bakgrunn for valg av tema | 1 |
| 1.2 | Problemstilling..... | 2 |
| 1.3 | Avgrensning av problemstilling | 2 |
| 1.4 | Begrepsavklaring | 3 |
| 1.5 | Disposisjon av oppgaven | 4 |
| 2 | Teori..... | 5 |
| 2.1 | Hva er provosert abort? | 5 |
| 2.2 | Kvinnene som gjennomfører provosert abort | 6 |
| 2.2.1 | Tanker, følelser og psykiske reaksjoner | 6 |
| 2.2.2 | Skam og stigmatisering | 7 |
| 2.2.3 | Smerter i abortprosessen..... | 8 |
| 2.3 | Sykepleiers rolle og funksjon i abortprosessen..... | 8 |
| 2.4 | Joyce Travelbees´ menneske-til-menneske-forhold | 9 |
| 2.4.1 | Kommunikasjon og ivaretagelse | 10 |
| 2.5 | Yrkesetiske retningslinjer og aktuelt lovverk | 11 |
| 3 | Metode..... | 13 |
| 3.1 | Litteraturstudie som metode | 13 |
| 3.2 | Søkeprosess..... | 14 |
| 3.2.1 | Inklusjon- og eksklusjonskriterier..... | 14 |
| 3.2.2 | Søk i databaser | 15 |
| 3.3 | Kildekritikk..... | 17 |
| 3.4 | Etiske overveielser..... | 18 |
| 4 | Resultat..... | 19 |
| 4.1 | Presentasjon av forskningslitteratur | 19 |
| 5 | Diskusjon | 23 |
| 5.1 | Ivaretagelse gjennom kommunikasjon og relasjon | 23 |
| 5.2 | Informasjon og veiledning..... | 24 |
| 5.3 | Verdier, holdninger, skam og tabu..... | 26 |
| 5.4 | Psykisk påkjenning og smertelindring | 28 |

| | | |
|-----|----------------------|----|
| 5.5 | Oppfølging..... | 29 |
| 6 | Konklusjon..... | 31 |
| | Litteraturliste..... | 32 |
| | Vedlegg..... | 36 |

1 Innledning

I Norge ble det i 2022 utført 11 967 provoserte aborter, der 95,1% var selvbestemte (Løkeland-Stai, 2023). Abortloven i Norge ble opprettet i 1976 og siden den tid har kvinner hatt rett til å ta avgjørelsen om abort innen svangerskapsuke 12 (Norges offentlige utredninger [NOU], 2023, s. 153). Retten til selvbestemt abort har vært et omdiskutert og tabubelagt tema over lang tid. Til tross for at kvinner i Norge i dag har rett til å ta egen avgjørelse om abort innen svangerskapsuke 12, skal vi ikke lengre tilbake enn 1975 hvor abort var en straffbar handling (Kvinnemuseet, u.å.). Kvinner i dag trenger ikke lenger å begrunne valget sitt om årsaken til å utføre en abort, og det er ingen krav om betenkningstid (Helsenorge, 2020). Dersom en ønsker å utføre abort etter svangerskapsuke 12, må man sende en søknad til en abortnemnd for å få utført aborten. En abortnemnd består av to leger, der en av dem skal være ansatt ved avdelingen som utfører aborter på sykehuset (Helsedirektoratet, u.å.).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det har gjennom tiden vært lite fokus på kvinnehelse i forskning, og mange tilstander som rammer kvinner får lite ressurser og oppmerksomhet (NOU, 2023, s. 223). Abort er et tema som lenge har vært stigmatisert. Det oppfattes av flere som sosialt uakseptert eller moralsk galt, og dukker med jevne mellomrom opp i debatt og setter i gang følelser og reaksjoner hos folk. Kvinnehelse og abort er et fagfelt som ikke blir særlig nevnt i undervisningen på sykepleierstudiet. Parallelt med det økende fokuset på psykisk helse, ble dette et tema vi ønsket å fordype oss i.

I 2022 var det en økning på 10% svangerskapsavbrudd i Norge sammenlignet med året før (Løkeland-Stai, 2023, s. 8). Det er derfor stor sjanse for sykepleiere å møte disse kvinnene på arbeidsplassen. Vi ønsker med denne oppgaven å skape en større forståelse av hvilke belastninger avgjørelsen om abort kan føre til, og hvordan sykepleier kan ivareta disse kvinnene. Flere kvinner rapporterer negative opplevelser knyttet til oppfølging etter abort, og beskriver helsetjenesten som en rutinepreget tjeneste med mangel på oppfølging og informasjon (NOU, 2023, s. 154). Vi har selv en venninne som har gjennomgått en abort,

hvor hun opplevde å ikke få den hjelpen hun ønsket eller hadde behov for. Det å gjennomføre en abort er en påkjenning for kroppen både fysisk og psykisk, og et stort antall kvinner opplever å utvikle psykiske reaksjoner i etterkant av en provosert abort (Opsahl, 2013, s. 64). Fremtidens abortoppfølging må sikre kvinner den hjelpen de trenger, når de trenger den, og vi må imøtekomme kvinnene der de er. Vi som snart nyutdannede sykepleiere ønsker å møte disse kvinnene med god sykepleiefaglig kompetanse, slik at vi kan ivareta de på best mulig måte både før, under og etter en abort.

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av oppgavens tematikk som nevnt over har vi kommet frem til følgende problemstilling: *På hvilken måte kan sykepleier ivareta kvinner som gjennomfører provosert abort på sykehus?*

1.3 Avgrensning av problemstilling

Denne oppgaven fokuserer på sykepleiers kontakt med kvinner som gjennomgår en provosert abort på sykehus. Dette inkluderer både medikamentell og kirurgisk abort. Vi utelukker de som gjennomgår spontanabort da oppgavens problemstilling fokuserer på kontakten mellom sykepleieren og kvinnen. Vi ønsker å fokusere på abortprosessen i perioden hvor helseforetaket er ansvarlig, og samhandlingen de har fra da kvinnen tar kontakt, til perioden etter utskrivelse. Pasientgruppen vi ønsker å fokusere på er kvinner fra 16 år og eldre, da de er innenfor lovlige aldersgrense for selvbestemt abort, uten at foreldre eller verge har anledning til å uttale seg mot aborten (Abortloven, 1975, § 9). Vi ønsker å fokusere på kvinners reaksjoner rundt provosert abort, og på hvilken måte sykepleier kan ivareta disse kvinnene. Geografisk sett vil vi rette oppgaven mot vestlige land der selvbestemt abort er lovlig praksis, og der helsevesenet er tilnærmet lik det norske.

1.4 Begrepsavklaring

Provosert abort: Abort er en avbrytelse av et svangerskap. Ved provosert abort menes en kunstig fremkalt abort der et svangerskap blir avbrutt med hensikt om å hindre fødsel av et barn (Nesheim, 2022).

Medikamentell abort: Medikamentell abort gjennomføres frem til uke 12 i svangerskapet. Dersom svangerskapet har kommet lenger enn uke 12, kan kvinnen søke om abort frem til uke 18 (Amathea, 2023). Pasienten vil da få et medikament som starter abortprosessen. Dette fungerer ved at virkestoffet i tablettene gjør at livmoren ikke lenger reagerer på kroppens eget graviditetsbevarende hormon, progesteron. Dermed blir den videre utviklingen av graviditeten stanset (Helsenorge, 2020).

Kirurgisk abort: Et inngrep som vanligvis gjennomføres i narkose, men kan også bli utført ved hjelp av lokalbedøvelse i skjeden (Helsenorge, 2020). Inngrepet foregår ved at legen utvider livmorhalsen, deretter blir fosteret og morkaken sugd ut gjennom et rør. Kirurgisk abort kan foretas inntil 12. svangerskapsuke (Norsk helseinformatikk [NHI], 2021).

Psykisk helse: Psykisk helse handler om hvordan et menneske oppfatter seg selv og andre. Det innebærer blant annet tanker og følelser, hvordan man har det i hverdagen samt hvordan man håndterer utfordringer (Helsenorge, 2022).

Skam: En sterk ubehagelig følelse av å ha vist en nedverdiggende side av seg selv, som kan få et menneske til å føle seg mislykket, udugelig eller umoralsk. Skam kan knyttes til ulike handlinger man gjør. Det er nært knyttet til selvfølelsen om hva eller hvem man er, og kan få et menneske til å føle seg liten (Austveg, 2017, s. 34).

Stigmatisering: Oppstår når et menneske eller en gruppe i samfunnet ikke blir sett på med samme respekt som andre. Stigma kan forklares som et problem av atferd som resulterer i urettferdig og ulik behandling av mennesker. Det kan vise seg som negative holdninger, følelser og oppførsel knyttet til abort (Austveg, 2017, s. 101).

Ivaretagelse: Prosessen med å sørge for at noen blir tatt vare på og beskyttet på en forsvarlig måte. Dette kan omfatte å gi omsorg, støtte, vedlikehold, eller å følge opp ansvar og plikter.

Ivaretagelse kan også bety å ta ansvar for noe eller noen, og å ta beslutninger som tar hensyn til deres verdier (Nortvedt & Grønseth, 2022, s. 3).

1.5 Disposisjon av oppgaven

I innledningen gjør vi rede for valg av tema og problemstilling, samt en kort presentasjon av oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans. Deretter avgrenser vi problemstillingen og avklarer sentrale begreper. Videre i teorikapittelet legger vi frem relevant forskning og litteratur i lys av problemstillingen vår. Vi går i dybden på hvordan en provosert abort utføres, kvinners følelser og reaksjoner, sykepleiers funksjon i prosessen, og betydningen av kommunikasjon og ivaretagelse. Vi vil underbygge dette med Joyce Travelbee sin teori og deretter avslutte kapittelet med relevant lovverk. I metodekapittelet gjør vi rede for valg av metode og hvordan vi har gått frem for å finne relevant forskning for å belyse problemstillingen. Det innebærer søkestrategi, inklusjons- og eksklusjonskriterier, kildekritikk og etiske overveielser. I resultatdelen presenteres de ulike forskningsartiklene vi har benyttet i oppgaven. Artiklene er presentert som sammendrag av enkeltartikler. Her har vi tatt utgangspunkt i IMRAD-struktur, og holdt fokus på det som er relevant for vår problemstilling. I drøftingen analyserer vi, tolker og vurderer funn ut ifra forskning og teori. Dette blir presentert fra ulike synsvinkler for å besvare problemstillingen. Til slutt oppsummerer vi de mest sentrale og gjennomgående funnene som er blitt gjort, samt gir en konklusjon som svarer på problemstillingen.

2 Teori

I dette kapittelet går vi nærmere inn på relevant litteratur og forskning vi har valgt å bruke. Vi gjør rede for hva provosert abort innebærer og sykepleieres funksjon i prosessen. Videre vil vi fokusere på kvinners reaksjoner og betydningen av ivaretagelse og kommunikasjon. Dette underbygges med Joyce Travelbee sin teori og deretter avsluttes kapittelet med relevant lovverk.

2.1 Hva er provosert abort?

Provosert abort er en abort som fremkalles kunstig, for å avbryte et svangerskap og dermed hindre fødsel av et barn (Nesheim, 2022). I Norge har vi to ulike alternativer dersom man velger å gjennomføre en provosert abort. Valg av behandlingsmetode avhenger av hvor langt svangerskapet har kommet, kvinnens eget ønske og tilstanden hennes for øvrig. Selve aborten går ut på å tømme livmoren, ved hjelp av enten medikamentell behandling eller et kirurgisk inngrep (Jerpseth, 2022, s. 207). Noen kvinner foretrekker medikamentell abort, da det er med på å bevare følelsen av kontroll eller fordi de da har mulighet til å gjennomføre aborten i eget hjem. Andre foretrekker kirurgisk abort fordi de ikke ønsker å være våkne under inngrepet, eller fordi det som oftest medfører mindre blødninger og smerte (NOU, 2023, s. 154). Medikamentell behandling benyttes i de fleste tilfeller, og i 2021 ble 95,3% av alle aborter gjennomført medikamentelt (NOU, 2023, s. 154).

Ved medikamentell abort på sykehus får kvinnen et legemiddel som inneholder et progesteronhemmende middel for å avslutte svangerskapet. Dette gis på gynekologisk poliklinikk av sykepleier (Jerpseth, 2022, s. 207). Medikamentet hemmer den videre veksten av graviditeten, og bidrar til at muskulaturen i livmoren trekker seg sammen, og støter ut det befruktete egget (Amathea, 2023). Det er valgfritt om kvinnen ønsker å gjennomføre aborten hjemme eller på sykehus (NOU, 2023, s. 153). Uavhengig av hvor aborten gjennomføres blir den første tabletten tatt på sykehuset. Dersom hun velger å gjennomføre hjemme skal hun etter to døgn fullføre aborten med resterende piller (Helsenorge, 2020). Dersom det er usikkert om kvinnen forstår instruksene, ikke har mulighet til å ha noen hjemme hos seg eller ikke ønsker å gjennomføre aborten hjemme, kan hun velge å bli

værende på sykehuset. Medikamentell behandling er mer skånsom, lavere komplikasjonsrisiko og er mindre ressurskrevende enn kirurgisk abort (Jerpseth, 2022, s. 207).

Kirurgisk behandling gjennomføres på sykehus. Ved vakuumaspirasjon vil en ved hjelp av et tynt metallrør som føres inn i livmorhulen gjennom cervikalkanalen og deretter koples til et undertrykk, suge og tømme livmorhulen. Til slutt kan en med en skarp kyrette, som er et kirurgisk instrument, forsiktig skrape livmorhulen ren for fosterrester (Jerpseth, 2022, s. 207). Utskrapningen utføres i generell narkose eller i lokal anestesi. På forhånd dilateres cervikalkanalen ved hjelp av metallsylindre med gradvis økende størrelse. Når livmorhulen er tom vil den gradvis trekke seg sammen (Jerpseth, 2022, s. 207). Det er vanligvis lite bivirkninger ved kirurgisk abort, og de fleste inngrepene er uten komplikasjoner (Amathea, 2023). Infeksjonsfaren er lav, men dersom det blir sittende igjen fosterrester i uterinhulen, kan kvinnen få en infeksjon etter utskrapningen (Jerpseth, 2022, s. 207).

2.2 Kvinnene som gjennomfører provosert abort

De kvinnene i Norge som velger å gjennomføre en provosert abort befinner seg i et bredt aldersspekter. Den største aldersgruppen er ifølge statistikk fra 2022 kvinner i alderen 25 til 29 år, med 16,4 per 1000 kvinner (Løkeland-Stai, 2023). Det kan være både psykiske, fysiske, sosiale og økonomiske grunner til at en kvinne velger å utføre en abort. Årsaken er gjerne sammensatt, og for mange er beslutningen preget av ambivalens (Jerpseth, 2022, s. 206). Tanker rundt abort kommer gjerne når man opplever at graviditeten skjer på feil tidspunkt i livet, enten på grunn av alder, utdanning, jobb eller forholdet til den genetiske far. Noen kvinner har ikke ønske om å få barn, mens andre har nok barn fra før. Kvinnens psykiske og fysiske helse spiller også ofte inn på valget om abort, samt deres økonomiske status (Chae et al., 2017, s. 5).

2.2.1 Tanker, følelser og psykiske reaksjoner

Hvordan tiden før, under og etter en abort oppleves kan være forskjellig fra person til person (Amathea, 2023). Abort er noe kvinner ofte opplever som en stressende livshendelse, og

psykiske reaksjoner kan oppstå i alle faser av abortprosessen. Det kan oppstå alt fra tvil i forkant av inngrepet, blandede følelser preget av sorg, angst og skyld, men også lettelse og en følelse av å ha valgt riktig (Jerpseth, 2022, s. 206). Noen opplever å ikke ha noen problemer i forbindelse med valget rundt en abort. Andre opplever langvarige plager dersom de ikke lar seg selv snakke om hendelsen, eller forneker følelser og opplevelser rundt situasjonen de står i (Jerpseth, 2022, s. 207). Ambivalens knyttet til å ta abort er vanlig, og beslutningsusikkerhet oppstår ofte blant kvinner som vurderer å ta abort (Jerpseth, 2022, s. 206). Ambivalens oppstår når en har motstridende meninger og holdninger på samme tid (Malt, 2018). Abort er for mange et vanskelig valg, og flere opplever det som en ensom reise der flere verdier blir utfordret (Eide & Eide, 2017, s. 266). Ambivalens i forbindelse med abort er en risikofaktor for psykiske ettervirkninger, og det er dermed viktig at slike følelsesmessige utfordringer ikke ignoreres (Eide & Eide, 2017, s. 267).

2.2.2 Skam og stigmatisering

Stigma rundt abort eksisterer både innen- og utenfor helsetjenestene og kan skyldes en rekke faktorer. Norge er et mangfoldig samfunn med innbyggere av ulike kulturelle og religiøse overbevisninger, politiske holdninger og sosiale normer. Dette utgjør et samfunn med mange ulike meninger og holdninger (Nok, u.å.). Stigmatisering kan brukes for å beskrive en negativ holdning, fordom eller diskriminering mot en person eller gruppe på grunn av en bestemt egenskap eller tilstand. Det kan påvirke en persons selvbilde, selvtillit og evne til å delta fullt ut i samfunnet (Austveg, 2017, s. 105). Stigma knyttet til abort kan føre til at kvinner opplever skam, skyldfølelse og frykt for å bli utestengt fra samfunnet dersom hun ønsker å gjennomføre en abort. Skam kan beskrives som en følelse av uverdighet, ydmykelse og skyld som kan oppstå når man tror man har brutt med normer eller forventninger fra samfunnet, kulturen, religionen eller ens egen moral (Rygh, 2017). Skam og stigmatisering kan påvirke kvinners opplevelse av prosessen rundt svangerskapet, og kan i noen tilfeller føre til at hun holder aborten skjult (Austveg, 2017, s. 92).

Det finnes flere religioner og land som har konservative holdninger til abort. Blant annet katolismen betrakter abort som en alvorlig synd og en uakseptabel handling. De anser at menneskelivet begynner ved befruktningen og abort tillates bare dersom morens liv er i fare

(Den katolske kirke, 2019, s. 8). Blant annet retninger innenfor den norske kirke, samt islam og jødedommen deler også noen av de samme synspunktene rundt dette. Det er viktig å merke seg at disse holdningene ikke nødvendigvis gjelder for alle individer innenfor en religion eller et land, og at synet på abort varierer (Austveg, 2017, s. 90-93).

2.2.3 Smerter i abortprosessen

Ved medikamentell abort vil virkestoffet i tablettene som blir satt i skjeden gjøre at livmoren trekker seg sammen (Jerpseth, 2022, s. 207). Dette kan føre til at pasienten får sterke menstruasjonsmerter, spesielt i fasen der kroppen er i ferd med å støte ut innholdet i livmoren (Helsenorge, 2020). Det er normalt at pasienten får blødninger med blodklumper, og en må forberede pasienten på at de blir kraftigere enn ved vanlig menstruasjon. Det blir gitt smertestillende medisiner etter behov (Jerpseth, 2022, s. 207). De fleste av kvinnene reiser hjem fra sykehuset samme dag. I noen tilfeller er det aktuelt å være der til neste dag, dersom det oppstår komplikasjoner (Helsenorge, 2020).

Abort ved hjelp av kirurgi blir det gitt lokalbedøvelse i skjeden og selve inngrepet varer rundt 10 minutter. Denne abortmetoden er mindre smertefull enn ved medikamentell abort, men det blir også her gitt smertestillende ved behov (Jerpseth, 2022, s. 207). De vanligste plagene kvinnene har ved denne metoden er relatert til narkose, som kvalme og brekninger (Helsenorge, 2020).

2.3 Sykepleiers rolle og funksjon i abortprosessen

Sykepleiers rolle og funksjon ved abort avhenger av hvor i abortprosessen pasienten befinner seg og hvilken abortmetode kvinnen har valgt (Jerpseth, 2022, s. 208). Sykepleier har ansvaret for å ta imot og informere pasienten om prosedyren og forventet forløp når hun kommer til sykehuset (Jerpseth, 2022, s. 209). I tillegg har sykepleiere også det praktiske ansvaret for å administrere legemidler etter forordning, og observere virkning av behandling, da særlig med tanke på blødninger, smerte og feber (Jerpseth, 2022, s. 209).

Det er viktig at kvinnen blir møtt med forståelse, og at beslutningen hennes respekteres av sykepleieren. Dersom kvinnen uttrykker tvil når hun kommer til sykehuset for å gjennomføre

aborten, kan hun utsette timen for abortinngrepet, så lenge det er innenfor 12-ukersgrensen. Sykepleieren i denne situasjonen bør stille åpne spørsmål og støtte kvinnen som opplever tvil (Jerpseth, 2022, s. 209). Kvinnen kan også informeres om at det finnes en landsdekkende helsetjeneste som arbeider med råd og veiledning i henhold til lov og svangerskapsavbrudd, som heter Amatheia (Amatheia, 2023). For at kvinnen skal få best mulig veiledning og oppfølging er det nødvendig at sykepleier har nok kunnskap. Det er en fordel om samme sykepleier tar imot pasienten, deltar ved undersøkelsen og følger opp etterpå. Da er det lettere å skape det tillitsforholdet som er nødvendig for å kunne ha en god relasjon med pasienten. Det er også lettere å gi konsistent informasjon og ved behov kunne gjenta det legen har sagt (Jerpseth, 2022, s. 209).

Det er viktig at sykepleier lytter til pasienten, men også til partner av kvinnen. I flere tilfeller vil de som et par ha ulike spørsmål og tanker de har behov for å snakke om. De bør oppmuntres til å sette ord på følelsene sine, særlig rundt de verdiene de har og hvilke dilemmaer de står ovenfor (Jerpseth, 2022, s. 209).

2.4 Joyce Travelbees' menneske-til-menneske-forhold

En av de grunnleggende tankene i Travelbees' teori er å etablere et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient. Et slikt forhold kjennetegnes ved at sykepleieren og pasienten oppfatter og forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer, ikke som «sykepleier» og «pasient» (Travelbee, 2001, s. 171). Menneske-til-menneske-forholdet i sykepleiesituasjonen er et virkemiddel for å oppnå sykepleiens mål og hensikt, som ifølge Travelbee er å hjelpe pasienten med å mestre sine problemer i forbindelse med sykdom eller lidelse (Travelbee, 2001, s. 172).

Travelbee (2001, s. 186) beskriver ulike faser som sykepleier og pasient går gjennom for å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Den første fasen kaller Travelbee (s. 186) for *det innledende møtet*. I denne fasen observerer sykepleieren og kvinnen hverandre og danner meninger om den andre basert på handlinger, språk og væremåte (s. 186). Det er viktig å bryte eventuelle stereotypiske oppfatninger av hverandre for å bygge et forhold uten kategorier eller merkelapper (s. 187). Neste fase er *fremveksten av identiteter*, der kategorisering av den andre blir mindre viktig, og oppfattelsen av hverandre er mer basert

på personlighet og identitet (s. 188). *Empatifasen* oppstår når sykepleieren har evnen til å "se" kvinnen og akseptere henne uten å dømme henne. *Sympati og medfølelse* oppstår som en følge av den empatiske prosessen, og legger grunnlaget for tillit. Det er også viktig å være bevisst på egne holdninger og unngå å la dem påvirke omsorgen for pasienten (Travelbee, 2001, s. 217).

2.4.1 Kommunikasjon og ivaretagelse

Sykepleiere er oftest den profesjonen som møter pasienten først ved ankomst på sykehus. Gjennom sykehusoppholdet er det også sykepleieren som står pasienten nærmest, og som benytter mest tid med dem. Relasjon er derfor viktig i møte mellom pasienten og helsepersonellet (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 31). Kommunikasjon i relasjoner kan defineres som utveksling av verbale og nonverbale tegn og signaler mellom to eller flere personer (Eide & Eide, 2017, s. 17). Dette innebærer blant annet et moralsk ansvar for å ville den andre vel, anerkjenne den andre som person og å respektere den andres autonomi og integritet (Eide & Eide, 2017, s. 86).

Personorientert kommunikasjon omhandler å forholde seg åpent og anerkjennende til den andre som en unik person. Det forutsetter at man er oppmerksomt til stede og lytter godt både til det pasienten sier, men også det som blir uttrykket nonverbalt. Det kan blant annet innebære kroppsspråk, ordvalg, stemmebruk eller ansiktsuttrykk (Eide & Eide, 2017, s. 17). Vårt nonverbale språk fungerer i hovedsak på to måter: kongruent og inkongruent. Med kongruens menes det at det er overenstemmelse mellom det verbale og det nonverbale, altså at kroppsspråket man uttrykker og det man sier stemmer overens. Inkongruent kommunikasjon er det motsatte, nemlig at det vi formidler verbalt og nonverbalt ikke stemmer overens (Eide & Eide, 2017, s. 137).

Ivaretagelse er en viktig del av sykepleie og handler om å gi omsorg og støtte til pasienter for å møte deres fysiske, psykiske og sosiale behov. Det innebærer å tilby helhetlig omsorg, samtidig som å hjelpe pasienten til å opprettholde sin verdighet, autonomi og selvstendighet (Nortvedt & Grønseth, 2022, s. 3). Kvinnene som gjennomfører en abort er ofte i en sårbar situasjon, og har behov for å bli sett og respektert (Jerpseth, 2022, s. 209). Dersom kvinnene føler seg ivaretatt, kan de oppleve økt selvfølelse, noe som igjen reduserer stress og angst.

Videre kan det øke pasientens tillit til sykepleieren og helsevesenet generelt, noe som kan føre til bedre samarbeid. Ivaretagelse krever at sykepleieren er bevisst på pasientens situasjon, bakgrunn og kultur (Jerpseth, 2022, s. 209).

2.5 Yrkesetiske retningslinjer og aktuelt lovverk

I *yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* står det blant annet at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2019). Som sykepleier er man pliktig til å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon som en kan forsikre seg om er forstått. Videre står det at sykepleier skal respektere pasientens rett til å selv foreta valg, samt ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (NSF, 2019)

I følgende aktuelle lovverk har pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §1-1, som formål å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helse og omsorgstjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient, bruker og helse- og omsorgstjenesten. Videre skal det fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Den som søker eller trenger helsehjelp har rett på de helse- og behandlingmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1b).

Lov om svangerskapsavbrudd (abortloven) ble vedtatt i 1975 og trådte i kraft i 1976, men har deretter blitt endret opptil flere ganger. I 1978 kom så loven om selvbestemt abort (Kvinnemuseet, u.å.). Abortloven har som formål å beskrive hvilke krav som stilles og hvilke rettigheter kvinnene som ønsker eller vurderer å gjennomføre svangerskapsavbrudd har.

Ifølge abortloven (1975) §1 er formålet å skape en ansvarsbevisst holdning, slik at antallet svangerskapsavbrudd blir lavest mulig. Kvinnen har krav på informasjon og veiledning om den hjelpen samfunnet kan tilby henne (Abortloven, 1975, §1). Kvinnen må selv ta avgjørelsen, men har krav på råd og veiledning, forutsatt at inngrepet skjer før utgangen av 12. svangerskapsuke (Abortloven, 1975, §2). Etter utgangen av 12.

svangerskapsuke er det derimot ulike forhold beskrevet i §2 som avgjør om kvinnen kan gjennomføre svangerskapsavbruddet (Abortloven, 1975, §2). Kvinnen må da søke om lov til svangerskapsavbrudd overfor lege eller en nemnd (Abortloven, 1975, §5). Helsepersonell kan, av samvittighetsgrunner, ifølge loven søke om fritak fra å utføre eller assistere ved svangerskapsavbrudd (Abortloven, 1975, §14).

3 Metode

I dette kapittelet gjør vi rede for valg av metode og hvordan vi har gått frem for å finne relevant forskning for å belyse problemstillingen. Dette innebærer søkestrategi, inklusjons- og eksklusjonskriterier. Deretter presenterer vi valg av forskningsartikler, kildekritikk og etiske overveielser.

3.1 Litteraturstudie som metode

Metode blir beskrevet som en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2020, s. 53). Vi trenger ulike metoder til å få frem ny kunnskap og til å etterprøve i hvilken grad påstander er sanne, gyldige og holdbare (Dalland, 2020, s. 53). Denne bacheloroppgaven er gjennomført som en litteraturstudie, som vil si at vi innhenter data fra tidligere forskning, eksisterende fagkunnskap og teori (Thidemann, 2019, s. 75). Hensikten med litteraturstudie er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør, og deretter beskrive hvordan man har kommet frem til denne kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 78).

I artiklene vi har valgt blir hovedsakelig kvalitativ metode benyttet. Denne metoden går ut på å få kunnskap om menneskelige egenskaper som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Da ofte i form av intervju eller observasjoner i direkte kontakt med feltet (Thidemann, 2019, s. 76). Kvantitativ metode derimot tar for seg målbare enheter som tall, såkalte harde og objektive data, som vil si konkret faktakunnskap (Thidemann, 2019, s. 75). Dette er ofte studier som baserer seg på spørreundersøkelse med faste svaralternativer, uten direkte kontakt med feltet (Thidemann, 2019, s. 76). Vi utelukker ikke at kvantitativ metode kan være relevant for vår oppgave, men for å få en utdypende forståelse av kvinners erfaring svarer kvalitativ metode bredere.

3.2 Søkeprosess

For å finne relevant forskning som kunne bidra til å besvare vår problemstilling, anvendte vi et PICO-skjema i forkant av søkeprosessen. Skjemaet er et verktøy som hjelper til med å gjøre problemstillingen tydelig og presis. Det forenkler søk i databaser, gir struktur og klargjør problemstillingen for litteratursøk (Helsebiblioteket, 2021). PICO-skjemaet hjalp oss med å finne søkeord som var rettet mot besvarelse av problemstillingen. Søkeordene vi brukte var induced abortion/abortion, experience, unsure, clinical care, medical termination, caring, pain og nurse/nursing.

| | | |
|----------|--------------------------------|---|
| P | Problem/patient/ population | Kvinner som gjennomfører en provosert abort på sykehus |
| I | Intervention | Hvordan kan sykepleier ivareta kvinner som gjennomgår en provosert abort? |
| C | Comparison | - |
| O | Outcomes | Økt fysisk og psykisk velvære og redusert risiko for komplikasjoner og psykiske reaksjoner etter aborten. |

3.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

I søken etter forskning hadde vi noen spesifikke inklusjonskriterier for å kunne sile ut artikler som ikke passet oppgavens problemstilling. Forskningen skulle ikke være mer enn 10 år gammel, da kunnskap oppdateres og fornyes med tiden. Den skulle være fagfellevurdert slik at den inneholder et visst faglig nivå, og den skulle være så aktuell og relevant som mulig. Videre ønsket vi at forskningen skulle være skrevet på enten norsk eller engelsk. Vi valgte også å avgrense forskningen geografisk til vestlige land, slik at vi kunne sammenligne med det norske helsevesenet og relevans for sykepleie i norske sykehus. Det viktigste kriteriet var at artikkelen var relevant for vår problemstilling. Basert på disse kriteriene ble mange

artikler ekskludert på bakgrunn av at de ikke var relevante eller at de omhandlet uønsket geografisk område eller spontanabort.

3.2.2 Søk i databaser

Det ble foretatt systematiske søk i ulike databaser for å finne forskning som kunne besvare vår problemstilling fra ulike aspekter. Via høgskolen sitt bibliotek har vi hatt tilgang til flere databaser, og valgte å anvende Cinahl og MEDLINE. Loggføringen av søkeprosessen har vi gjort ved å benytte oss av et tabelloppsett som inkluderer database, søkeord, antall treff, leste abstrakter og valgte artikler (Vedlegg 1). Dette gjorde søkingen strukturert og systematisk.

Vi valgte å gå frem med å lese artiklenes overskrifter, deretter abstraktene på de som virket relevante og potensielle. Til slutt satt vi igjen med fem artikler som vi valgte å fordype oss i. Utover forskningsartiklene har vi anvendt litteratur fra pensum, rapporter, nettsteder og annen relevant faglitteratur. Som nevnt tidligere avgrensers vi søkene våre med noen felles kriterier i de ulike databasene.

Søk 1

I databasen Cinahl var kriteriene at de skulle være fagfellevurdert, engelsk språklige og publiseringsdato mellom år 2013 og 2023. Vi startet søket i Cinahl med kombinasjon av søkeordene «induced abortion» OR «abortion». Deretter la vi til søkeordene «experience» AND «unsure». Videre gjorde vi et nytt søk med disse søkeordene som resulterte i et treff på 6 artikler. Vi leste overskrift og abstrakt til alle artiklene og fant en relevant artikkel som innfridde våre kriterier til problemstillingen; *Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester* (Kjelsvik et al., 2018).

Søk 2

I det andre søket ble også Cinahl brukt. Her brukte vi søkeordene «abortion» AND «experience» AND «clinical care». Dette søket resulterte i 9 treff, hvorav vi leste to abstrakter ettersom begge hadde relevant overskrift. Vi endte opp med den ene artikkelen

da innholdet i denne var mest relevant; *A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care* (Altshuler et al., 2017).

Søk 3

Etter å ha brukt Cinahl sin database, gikk vi over til MEDLINE. Her var kriteriene at artiklene skulle være engelskspråklig og med publikasjonsdato mellom 2013 og 2023. I denne databasen har man ikke mulighet for å huke av for fagfelleverdert som et kriterie, men utfra databasen skal de publiserte artiklene være fagfelleverdert. Vi tok i bruk en kombinasjon av søkeordene «medical termination» OR «abortion». Deretter la vi til søkeordet «caring». Et nytt søk med denne kombinasjonen resulterte i 93 treff der vi leste alle overskriftene. Vi fant 12 relevante overskrifter der vi leste alle abstraktene. Etter leste abstrakter endte vi opp med en artikkel; *Caring for women undergoing second-trimester medical termination of pregnancy* (Andersson et al., 2014).

Søk 4

I neste søk benyttet vi også databasen MEDLINE. Vi kombinerte søkeordene «induced abortion» AND «pain» AND «nurse» OR «nursing». Ved dette søket fikk vi 8 treff, der vi fant 6 relevante overskrifter og leste gjennom abstraktene til disse. Ut fra artiklene fant vi en relevant; *Pain and pain management during induced abortion: A web-based exploratory study of recollections from previous patients* (Georgsson & Carlsson., 2018).

Søk 5

I det siste søket vårt har vi benyttet en norsk forskningsartikkel fra sykepleien forskning. I forbindelse med dette søket gikk vi frem med å søke på ordet abort i søkefeltet. Her huket vi av på kriteriet forskning og fikk opp 15 treff under tema abort. Vi leste gjennom alle overskriftene og fant tre aktuelle fagfelleverderte artikler, men endte opp med en som var mest relevant for våres problemstilling; *Kvinnens erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort* (Sommerseth et al., 2022).

3.3 Kildekritikk

Dalland (2020, s. 152) beskriver kildekritikk som å vurdere og å karakterisere den litteraturen som er funnet. Det handler om oppgavens troverdighet og faglighet, altså om kildene som brukes er pålitelige (Dalland, 2020, s. 152). For å sikre god kvalitet på litteraturen, har vi funnet artikler som er fagfellevurdert. Det vil si at de er akademisk vurdert av eksperter innenfor fagfeltet (Dalland, 2020, s. 58). Kildene er også hentet fra databaser som er kvalitetssikret via høgskolens bibliotek ved VID. Forskningsartiklene er som tidligere nevnt i hovedsak basert på kvalitativ forskning med intervju av kvinners eller helsepersonellens egne erfaringer rundt en abortprosess. En svakhet med denne forskningsmetoden er at det kan trekkes mye opplysning blant få intervjudeltakere, noe som kan gjøre det vanskelig å generalisere (Dalland, 2020, s. 67).

For å forsikre oss om at kildene vi har anvendt i oppgaven er pålitelige, har vi hovedsakelig brukt primærkilder. En primærkilde er førstehåndskilden, altså den opprinnelige utgaven av teksten, mens sekundærkilde kan være en oversatt utgave eller en endret utgave av den. Bruk av sekundærkilder kan derfor resultere i feiltolkninger og misforståelser (Dalland, 2020, s. 156). I tolkningen av teorien til Travelbee valgte vi å bruke en oversatt utgave av hennes teori. Dette ble gjort på bakgrunn av at det skulle være mindre sannsynlig for oss å mistolke budskapet. Teorien til Travelbee er derfor en sekundærkilde. Artiklene vi har valgt er for det meste engelskspråklige. Det er derfor også viktig å bemerke seg at egne tolkninger kan påvirke innholdet, og føre til endret perspektiv i forhold til forfatterens.

Publikasjonsår er også en faktor som kan gi opphav til kildekritikk (Dalland, 2020, s. 153). Vi har for det meste benyttet oss av nyere forskning og litteratur, med et unntak av en artikkel fra 2014. På grunn av lite forskning på kvinnehelse og abort de siste årene, valgte vi derfor å ta med en litt eldre artikkel. Vi har i aller største grad forsøkt å være bevisst på dette i tolkning av forskning og valg av litteratur.

Studiene vi baserer oppgaven vår på er utført i Sverige, USA og Norge. Et av våre inklusjonskriterier var at studiene skulle være geografisk avgrenset til vestlige land, da disse landene er tilnærmet likt det norske helsevesen. Dette er land som har fellestrekk og likheter med Norge, og artiklene belyser problemstillingen vår på ulike måter. Likevel kan

informasjonen fra helsevesenet i andre land avvike noe fra det som er å forvente på norske sykehus, med tanke på ulike yrkesetiske retningslinjer, lovverk og kulturelle forskjeller. Dette kan derimot være nyttig forskning å ha med da helsepersonell fra Norge kan ta lærdom.

Vi har så godt det lar seg gjøre forsøkt å finne den mest relevante forskningen for å belyse vår problemstilling. I forhold til at det er manglende kunnskap og forskning rundt tematikken har det vært noe utfordrende å finne artikler. Vi utelukker derfor ikke at det finnes mer relevant kunnskap knyttet til tema. Utfra artiklene vi har valgt å ta med har vi funnet relevant fagstoff som bidrar til å svare på problemstillingen vår.

3.4 Ethiske overveielser

Denne oppgaven er som nevnt tidligere en litteraturstudie som vil si at den er basert på eksisterende forskning og litteratur. Vi har fulgt VID vitenskapelige høyskole sine retningslinjer for akademisk oppgaveskriving (VID, 2020). Gjennom teksten har vi referert til opprinnelige forfattere og unngått plagiering etter APA 7-stilen (VID, 2020).

Ethiske overveielser handler om mer enn å bare følge retningslinjer. Etikk i forskning handler om vurdering av forskning knyttet til samfunnets normer og verdier. Det handler også om å ivareta personvernet og sikre at de som deltar i forskningen ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger (Dalland, 2020, s. 168-169). Alle forskningsartiklene vi har benyttet fremstår som at de har fulgt forskningsetiske prinsipper. Det er innhentet skriftlig samtykke fra deltakerne, alle er anonymisert og det er tatt hensyn til at de er i en sårbar posisjon.

4 Resultat

I dette kapittelet presenterer vi de ulike forskningsartiklene vi har benyttet i oppgaven. Vi har valgt å presentere artiklene som sammendrag av enkeltartikler med fokus på hensikt, metode, hovedfunn og relevans.

4.1 Presentasjon av forskningslitteratur

Artikkel 1:

Tittel: Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester.

Forfatter: Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., Chesla, C. A. & Gjengedal, E.

Tidsskrift: Taylor & Francis Online

Publisert: 2018

Hensikt: Hensikten med studien var å presentere en liten gruppe gravide kvinners erfaringer av usikkerhet når de vurderer om de skal avbryte et svangerskap eller ikke.

Metode: Studien baserer seg på kvalitativ forskning gjennom individuelle dybdeintervju av 13 gravide norske kvinner, som strever med avgjørelsen om å ta abort. Inklusjonskriteriene var gravide i første trimester på 18 år eller eldre. Det ble arrangert to intervjuer, hvorav det første ble gjennomført mellom 6. og 12. svangerskapsuke. Det andre intervjuet ble gjennomført mellom én og fire uker etter endelig avgjørelse.

Hovedfunn: Flere opplevde beslutningsprosessen som en ensom reise mot en bestemt konklusjon der verdiene deres ble utfordret. Når de strevde med å komme frem til en avgjørelse, var kvinnenes motstridende verdier og samfunnets normer av stor betydning.

Relevans: Studien er relevant for gjeldende problemstilling da den belyser kvinners opplevelser rundt prosessen av å gjennomføre en provosert abort.

Artikkel 2:

Tittel: «A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care»

Forfatter: Altshuler, A. L., Goldsmith, A. O., Blumenthal, P. D. & Freedman, L. R.

Tidsskrift: Science Direct

Publisert: 2017

Hensikt: Hensikten med studien var å identifisere kvinners behov og preferanser for å få en god klinisk abortopplevelse, sammenlignet med behov og preferanser under fødsel.

Metode: Studien er basert på kvalitativ forskning. Data ble innhentet gjennom semi-strukturerte intensive intervjuer med tjue kvinner i alderen 18 til 49 år. Inklusjonskriteriene var at kvinnen hadde gjennomført abort i løpet av de siste fem årene og har vært igjennom en tidligere fødsel. Studien ble gjennomført i USA.

Hovedfunn: Basert på intervjuene var det tre gjentakende tema som viste seg å være viktig for kvinnene: å bli bekreftet som moralske beslutningstakere, å kunne bestemme graden av bevissthet under aborten, og det å få omsorg gitt på en diskret måte for å unngå å bli dømt av andre for å ha tatt en abort.

Relevans: Forskningsartikkelen er relevant da den belyser kvinners opplevelse rundt prosessen av å gjennomføre en provosert abort.

Artikkel 3:

Tittel: «*Caring for women undergoing second-trimester medical termination of pregnancy*»

Forfatter: Andersson, I-M., Christensson, K. & Danielsson, K. G.

Tidsskrift: Science Direct

Publisert: 2014

Hensikt: Målet med denne artikkelen var å utforske erfaringene og oppfatningene til sykepleiere/jordmødre, som tar seg av kvinner som gjennomgår medisinsk abort i andre trimester.

Metode: Studien baserer seg på kvalitativ forskning ved bruk av semistrukturerte intervjuer. De ble gjennomført på tre avdelinger ved en gynekologisk avdeling på et sykehus i Stockholm. 21 helsepersonell, derav 17 sykepleiere med erfaring innen abortomsorg ble intervjuet. En kvantitativ tilnærming ble brukt for å få en dypere forståelse og fange oppfatningen og erfaringene til sykepleierne og jordmødrene på avdelingene.

Hovedfunn: Studien viser viktigheten og behovet for opplæring, samt veiledning og støtte fra erfarne kollegaer. Dette for å hjelpe sykepleierne til å føle seg trygge og kompetente i sin yrkesrolle. Det blir vektlagt anbefaling og mer planlagt tid til refleksjon samt til etiske og teoretiske diskusjoner. Funnt viser at vanskelige situasjoner som oppstår underveis i prosessen er lettere å håndtere med økt kunnskap og erfaring.

Relevans: Studien tar for seg helsepersonell sin erfaring med å gi omsorg til kvinner som gjennomgår en abort. Denne er relevant for å få et større perspektiv på sykepleier sin rolle under denne prosessen.

Artikkel 4:

Tittel: «*Pain and pain management during induced abortions: A web-based exploratory study of recollections from previous patients*»

Forfatter: Georgsson, S. & Carlsson, T.

Tidsskrift: Wiley Online Library

Publisert: 2018

Hensikt: Hensikten ved denne studien er å utforske kvinners opplevelse rundt smerte og smertebehandling under provosert abort.

Metode: Studien er en nettbasert undersøkelse som ble gjort via svenske diskusjonsforum og sosiale medier i perioden oktober 2017 til juli 2018. Her ble det stilt åpne spørsmål om erfaringer av smerte og smertebehandling under provosert abort. Undersøkelsen ble besvart av 185 deltakere. Svarene ble analysert med kvalitativ metode.

Hovedfunn: Flertallet av kvinnene opplevde utilstrekkelig smertebehandling og manglende farlig tilstedeværelse av helsepersonell. Flere følte seg uforberedt på den fysiske smerten under abortprosessen, noe som resulterte i psykiske konsekvenser, som frykt for fødsel senere i livet. Her ble viktigheten av psykisk støtte fra helsepersonell understreket.

Relevans: Fysiske smerter og psykiske plager kan vise seg som utfordringer under en provosert abort. Sykepleieren har en vesentlig rolle i å ivareta kvinnens grunnleggende behov under hele prosessen og er derfor relevant for gjeldene problemstilling.

Artikkel 5:

Tittel: «*Kvinnens erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort*»

Forfatter: Sommerseth, E., Sandvik, B. M., Dahl, B., Røseth, I. & Lydberg, A.

Tidsskrift: Sykepleien forskning

Publisert: 2022

Hensikt: Hensikten med denne studien var å belyse norske kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved gjennomføring av medikamentell abort.

Metode: Studien er basert på kvalitativ forskning med individuelle intervjuer med 24 kvinner, som hadde gjennomført en medikamentell abort før slutten av 12. svangerskapsuke.

Hovedfunn: I hovedsak trakk kvinnene frem negative erfaringer i møte med helsetjenesten og helsepersonellet. Hovedfunnene i studien er knyttet til kvinnenes opplevelse av å være en ressursbelastning som ikke fortjener omsorg. Flere opplevde møtet med helsevesenet i hovedsak som en rutinepreget tjeneste, med et ensidig fokus på fysiske aspekter fremfor en personsentrert tilnærming. Flere opplevde mangel på valgfrihet, medbestemmelse og forberedthet.

Relevans: Denne studien er relevant for gjeldende problemstilling da den tar for seg norske kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved gjennomføring av medikamentell abort.

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil vi på bakgrunn av teori og forskning som lagt frem tidligere, drøfte på hvilken måte sykepleier kan ivareta kvinner som gjennomfører provosert abort på sykehus. Drøftingen gjøres i lys av litteratur, funn fra forskning og egne resonnementer i følgende underkapitler vi anser som hensiktsmessige.

5.1 Ivaretagelse gjennom kommunikasjon og relasjon

Et svangerskap, enten det er planlagt eller ikke, kan være en stor påkjenning på kroppen både fysisk og psykisk. Det er ofte mange tanker knyttet til en slik situasjon, med sammensatte følelser som kan være vanskelig å sette ord på. Det kan dermed tenke seg at abortsøkende kvinner har en særlig varhet for hvordan de blir møtt i en sårbar posisjon (Sommerseth et al., 2022, s. 9). Sykepleier er den profesjonen som gjennom sykehusoppholdet benytter mest tid med kvinnen. Travelbee (2001, s. 172) formidler i sin teori viktigheten av å etablere et menneske-til-menneske-forhold, hvor sykepleier og pasient skaper en relasjon bygget på tillit og respekt til hverandre. De verdiene den enkelte sykepleier har med seg i møte med pasient avgjør i stor grad om arbeidet oppleves som forsvarlig omsorgsfullt (Travelbee, 2001, s. 173). God kommunikasjon og evne til å lytte spiller en vesentlig rolle for å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient (Eide & Eide, 2017, s. 17). Sommerseth et al. (2022, s. 10) legger frem i sin studie at kommunikasjonen er avgjørende for å ivareta kvinners rettigheter og opplevelse av å bli sett, hørt og tatt på alvor.

I første møte med kvinnen er det viktig at sykepleier er bevisst på egne holdninger og imøtekommer pasienten med omsorg og respekt (NSF, 2019). Funn fra studien Sommerseth et al. (2022, s. 5) viser derimot at mange av kvinnene opplevde å være en ressursbelastning som ikke fortjente omsorg. De erfarte møtet som en rutinepreget tjeneste som fokuserte på de fysiske forholdene fremfor en personsentrert tilnærming (Sommerseth et al., 2022, s. 9). Som sykepleier er det viktig å være oppmerksom på at alle kvinnene har en særegen livshistorie, med ulike erfaringer på både godt og vondt (Kristoffersen et al., 2021, s. 23). I de fleste tilfeller vil sykepleieren møte kvinner som gjennomgår abort for første gang. Det er

derfor viktig at man møter hver enkelt kvinne med respekt, omsorg og interesse, uavhengig om det er en rutine man som sykepleier gjør hver dag. Det som er en rutine for sykepleieren kan være en stor livshendelse for pasienten (Kristoffersen et al., 2021, s. 23).

Andersson et al. (2014, s. 463) trekker frem viktigheten av å forstå de spesifikke behovene til kvinnen. Vi forstår dette slik at det viktig å tenke på helhetlig sykepleie og ikke bare smertene kvinnen har, og smertestillende som skal gis. I en hektisk hverdag blir jobben ofte rutinepreget, og det er lett å glemme følelsene og behovene til pasienten. Det må derfor være en stor grad av personlig involvering i sykepleierens omsorg som er definert av faglig kunnskap og hensikter (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 31). Dette må til for at pasienten ikke skal føle seg fremmedgjort eller nedverdiggjort (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 31). En grunnleggende ferdighet er å undersøke kvinnens indre følelser og åpenhet via både verbal og nonverbal kommunikasjon (Andersson et al., 2014, s. 463). Det er dette Eide & Eide (2017, s. 137) mener med kongruens og inkongruens. Kvinnen kan si til sykepleieren at hun er sikker i valget sitt på å gjennomføre aborten, samtidig som hun kan stirre ned i gulvet, ha tårer i øynene og skjelve i stemmen. I dette tilfelle er det sykepleieren sin oppgave å tolke om dette er inkongruens, at det pasienten formidler verbalt og nonverbalt ikke stemmer overens (Eide & Eide, 2017, s. 137). Det kan være at det stemmer at kvinnen er sikker i valget sitt, men at hun syntes valget er vanskelig.

5.2 Informasjon og veiledning

I en vanskelig og sårbar situasjon, er det mange tanker som går gjennom hodet. Det er ikke uvanlig at man ikke får med seg all informasjonen som blir sagt, og i noen tilfeller ønsker man kanskje ikke å innse eller godta det som skjer (Eide & Eide, 2017, s. 218). I studien Sommerseth et al. (2020, s. 2) opplevde kvinnene mangel på informasjon, rådgivning og tilgjengelighet blant sykepleierne. Mange kommer til klinikken og opplever motstridende følelser før den endelige avgjørelsen, og kan dermed ha et behov for å bli sett og hørt (Kjelsvik et al., 2018, s. 784). Vi opplever at utfordringer oppstår grunnet mangel på tid og ressurser, og ønsker derfor å stille spørsmål om hvordan sykepleier kan skape gode opplevelser i de korte møtene.

En persons opplevelse av kontroll henger sammen med den informasjonen og kunnskapen en har om situasjonen (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 40). Det kan tenkes at det er nødvendig at helsepersonell tar seg tid til å forklare, lytte til pasienten og svare på spørsmål. Dette er nødvendig for at pasienten skal vært nok informert til å bli trygg i sin avgjørelse (NOU, 2023, s. 154). Som pasient kan det være at man ikke oppfatter alt som blir sagt, da evnen til å ta imot informasjon kan være redusert (Eide & Eide, 2017, s. 218). I forbindelse med Amatheas sitt 20 års jubileum arrangerte de en fagdag der kvinner fikk snakket om egen erfaring knyttet til abort. En deltaker fortalte at hun savnet en brosjyre med informasjon, da hun etter samtalen ikke husket noe av det som hadde blitt fortalt (Amatheas, 2023). I likhet med erfaringen hennes sitter en annen kvinne igjen med samme erfaring.

«Jeg fikk den første pillen. Jeg hadde ikke forstått at det var for å stoppe morkakefunksjonen. Jeg trodde at den stoppet livet hans og ble helt satt ut av at jeg måtte vente i to dager til før fødsel skulle settes i gang. Det kan være de sa det til meg, men jeg var sjokkert over at det fortsatt var liv. Jeg fikk ikke noen brosjyre med meg som jeg kunne lese i fred og ro hjemme» (Sandvik & Syed, 2021, s. 134).

Ut fra disse erfaringene tolker vi at informasjonsbehovet er stort, i forhold til informasjonen som blir gitt. Det kan tenkes at sykepleier bør tilpasse informasjonen til hver enkelt kvinne og deres situasjon. Dersom sykepleier har en oppfatning av at det er vanskelig for pasienten å få med seg informasjonen, kan man oppmuntre kvinnen til å ha med seg en støttestiller. Dette kan være en partner eller en person som står pasienten nær (Jerpseth, 2022, s. 209). Vi tenker det kan være aktuelt at det også legges til rette for andre muligheter for å gi informasjon. Det kan for eksempel være et informasjonsskriv eller en brosjyre som man i ettertid kan lese på egenhånd.

Studien Sommerseth et al. (2022, s. 10) hevder at flere av kvinnene aldri hadde utsatt seg for en medikamentell abort hvis de hadde forstått hva det innebar. Med tanke på at 95,3% av abortene blir gjennomført medikamentelt, undrer vi oss over om kvinnene ville valgt denne metoden dersom de fikk detaljert informasjon om begge abortmetoder. Legges det opp til at kvinnene skal benytte seg av medikamentell abort fremfor kirurgisk? Dersom dette er tilfelle, kan årsaken være mangel på kunnskap og ressurser fra helsevesenet?

Det er viktig å få frem at helsepersonell har et ansvar om å gi korrekt informasjon, og vite at kvinnen har fått det med seg, samt forstått. I henhold til §3-2 i pasient- og brukerrettighetsloven har kvinnene rett på korrekt informasjon både om abortmetode, smerter, og om de ønsker å gjennomføre hjemme eller på sykehus (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I tillegg har de rett til medvirkning i tjenestetilbudet jf. §3-1 pasient- og brukerrettighetsloven (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

For at sykepleierne skal kunne gi god informasjon og veiledning bør de ha faglig kunnskap og gode kommunikasjonsferdigheter. Sykepleierne i studien til Andersson et al. (2014, s. 463) understreker et ønske om økte ressurser på arbeidsplassen og færre pasienter å fokusere på. Dette vil gi mer tid til kvinnene for bedre oppfølging og evne til å gi informasjon, samt deretter forsikre seg om at kvinnen har forstått. Med økte ressurser vil det også være med på å øke mulighetene for jevnlig refleksjon og debrifing på arbeidsplassen (Andersson et al, 2014, s. 463). Da det i mange tilfeller i helsevesenet er utfordrende å ha nok ressurser på arbeidsplassen, tenker vi det er viktig å være til stede og lytte til pasienten i de korte møtene. Det kan tenkes at å bli møtt med omsorg og varme bygger grunnlag for en god relasjon mellom sykepleier og pasient.

Til tross for at sykepleierne ofte gir god informasjon og veiledning, kan det i tidsrommet kvinnen er på sykehuset bli overveldende og derfor vanskelig å ta inn over seg alt. Uavhengig av om dette er tilfellet, kan sykepleier informere om stiftelsen Amatheia. Dette er en gratis helsetjeneste for alle som har spørsmål eller behov å snakke med noen om abort og graviditet (Amatheia, 2023). Her kan kvinnen ta kontakt når hun selv ønsker i abortprosessen.

5.3 Verdier, holdninger, skam og tabu

Vår moral er formet av samfunnet og kulturen rundt oss. Det er et produkt av vår sosialisering og oppdragelse, og den formes av relasjoner og følelser vi har til andre mennesker (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 33). Prosessen ved å gjennomføre provosert abort innebærer etiske og eksistensielle erkjennelser knyttet til beslutningen om å avbryte svangerskapet, ofte med motstridende tanker og følelser (Georgsson, S. & Carlsson, T., 2018, s. 3007). Den pågående abortdebatten kan bidra til å skape psykiske reaksjoner og følgevirkninger hos abortsøkende kvinner både før og etter en abort. Frykten for moralsk

fordømmelse kan hindre kvinnene i å dele følelser og opplevelser om aborten med de rundt seg. Dette kan videre føre til sosial isolasjon og ensomhet i valget (Kjelsvik et al., 2018, s. 800). Legger samfunnet rundt oss ubevisst eller bevisst til rette for at kvinner skal kjenne på skam i forbindelse med abort? Er dette isåfall et forsøk på å redusere aborttallene?

Profesjonell omsorg av høy kvalitet med et ikke-dømmende helsepersonell viser seg å ha en betydelig innvirkning på kvinners følelse av trygghet i abortsituasjoner (Andersson et al., 2014, s. 460). Verdier og holdninger vil komme til uttrykk i hvordan sykepleier samhandler og møter kvinnene. Sykepleieren er forpliktet til å respektere pasienten også om deres verdier kolliderer (Hansen, 2021, s. 159). Følelsen av å bli møtt med interesse og forståelse, samt å bli lyttet til, vil gi en opplevelse av å bli tatt på alvor og sett på som et verdifullt menneske (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 33). At den enkelte kvinne blir sett og møtt som en unik og egen person, er avgjørende for hennes opplevelse av tilfredshet med sykepleien (Kristoffersen, 2021, s. 116). Til tross for at helsepersonell bør holde seg nøytral og upartiske i respekt for pasientens selvbestemmelsesrett, har man etter abortloven §14 imidlertid rett til å søke om fritak fra å assistere eller å utføre inngrepet (Abortloven, 1975, §14). Travelbee (2001, s. 172) understreker at som sykepleier må en være bevisst på egne holdninger og relasjonstrygghet. Innenfor abortomsorgen er nettopp det å tørre å kjenne på holdninger og verdier viktig for at egne tanker og følelser ikke skal overskygge pasientens (Andersson et al., 2014, s. 464). Pasienter som gjennomgår abort, har krav på en trygg og sikker tilgang til den helsehjelpen de har behov for. Uavhengig av hvilke helsepersonell de møter, skal de få dette uten krenkende opplevelser (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 60-61).

Sykepleier skal som nevnt tidligere være en nøytral part under abortprosessen. Ved å tilby kvinnen en reflekterende dialog om valgmulighetene, kan dette bidra til at kvinnen blir mer sikker i sin beslutning. Det kan også bidra til mindre ambivalens og styrke opplevelsen av medvirkning i prosessen (Kjelsvik et al., 2018, s. 785). Det er rimelig å tenke at sykehusene bør legge til rette for hvilke pasienter som skal være på samme venterom. Vi tenker at det kan være utfordrende for en kvinne som skal ta abort å sitte på samme rom som en gravid kvinne. Dette bør også bli tatt hensyn til dersom to pasienter skal dele rom på sengepost. Vi tolker dette som en utfordring for den aborterende kvinnen i forhold til at det kan forsterke de ambivalente følelsene.

5.4 Psykisk påkjenning og smertelindring

I Georgsson & Carlsson (2018, s. 3006) belyses noen sentrale utfordringer når det gjelder fysisk smerte og psykiske plager under provosert abort. Kvinnene i studien erfarte utilstrekkelig smertebehandling, samt manglende faglig tilstedeværelse blant helsepersonell. I likhet legger Sommerseth et al. (2022, s. 7) frem den mangelfulle informasjonen kvinnene fikk under abortprosessen, hvor flere følte seg uforberedt på den fysiske smerten. Informasjonen kvinnene fikk, ga et inntrykk av at medikamentell abort var en ukomplisert prosess å gjennomføre, noe som sto i sterk kontrast til det de fleste kvinnene opplevde (Sommerseth et al., 2022, s. 7).

«Det var ingen som forberedte meg på hvor vanvittig smertefullt det var. Det er det jævligste jeg har vært med på, og mye verre enn å føde. Jeg husker jeg tenkte at dette her kan ikke være normalt, for hadde det vært normalt, så hadde man jo ikke blitt sendt hjem til det» Informant, (Sommerseth et al., 2022, s. 8).

Georgsson & Carlsson (2019, s. 3012) og Sommerseth et al. (2022, s. 8) peker begge på at kvinnene opplevde smertene som traumatiske. Det beskrives at de psykiske aspektene forverret den fysiske smerteopplevelsen hos flere av kvinnene, hvor det emosjonelle ubehaget var utfordrende (Georgsson & Carlsson, 2019, s. 3012). Travelbee (2021, s. 114) hevder at frykten for smerter kan resultere i angst før eventuelle smerter inntreffer, og kan dermed oppleves som mer intense.

Som sykepleier har man et yrkesetisk ansvar om å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (NSF, 2019). Hvordan kvinnen opplever at sykepleier responderer på deres smertereaksjoner, kan være avgjørende for den helhetlige smerteopplevelsen (Travelbee, 2001, s. 114). Eide og Eide (2017, s. 158) understreker at evnen til innlevelse hos helsepersonell er avgjørende for at kvinnen opplever å bli møtt med empati. I lys av teorien til Travelbee (2001, s. 113) vises det til utfordringer ved vurdering av intensitet og grad av smerte, da pasientene kan ha ulike smertereaksjoner. Dersom medikamentell behandling ikke strekker til, kan sykepleier oppmuntre og veilede kvinnen til å benytte seg av ulike ikke-medikamentelle metoder for å lindre smertene. Det finnes flere enkle tiltak som kan iverksettes for å bidra til økt støtte og smertelindring for kvinnen. Ved smerter kan kvinnen

blant annet legge en varmepute eller noe nedkjølende i områdene hvor hun har vondt (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 449). Kvinner med langvarige smertetilstander kan også finne lindring ved massasje i korsryggen med faste, regelmessige og sirkulære tak (Jerpseth, 2022, s. 209). Bør det legges mer til rette for slike tiltak under prosessen? Sykepleier bør informere om de ulike tiltakene som er aktuelt, og legge opp til at kvinnen ikke skal være redd for å spørre om mer støtte og smertelindring. I dette tilfellet tenker vi det kan være aktuelt at sykepleier inkluderer pårørende, dersom kvinnen ønsker, noe som kan bidra til økt trygghet.

Georgsson & Carlsson (2019, s. 3006) understreker også at psykologisk støtte fra sykepleiere gjennom hele abortprosessen ble høyt verdsatt og ansett som viktig hos kvinnene. De som hadde mulighet til å fritt snakke om følelser hos noen som var villig til å lytte, hjalp dem til å takle både den fysiske og psykiske smerten bedre under og etter aborten (Georgsson & Carlsson, 2019, s. 3006).

5.5 Oppfølging

Ved oppfølging av pasienten på sykehus innebærer det blant annet at sykepleieren vet når legen skal tilkalles, når pasienten trenger smertestillende og hvordan ulikt utstyr skal håndteres (Kristoffersen, 2021, s. 185). Sykepleieren bør være nær, tilstedeværende og til å stole på. En formidler omsorg for pasienten ved å se til hun ofte og ved å reagere raskt på ringeklokkene (Kristoffersen, 2021, s. 185). For at pasienten skal ha en opplevelse av omsorg er det nødvendig at sykepleieren er tilgjengelig og oppmerksom på ulike behov, samt reagerer hensiktsmessig ut fra kravene i situasjonen (Kristoffersen, 2021, s. 186).

Når det gjelder oppfølging i ettertid av aborten har kvinner ulike erfaringer. En kvinne fra studien Sommerseth et al. (2022) sier: «Jeg er jo på en måte litt sånn ferdig med prosessen, så hvis jeg skal inn igjen og få en oppfølging, så kanskje man føler enda litt mer sånn dårlig samvittighet igjen ... på en måte» (Sommerseth et al., 2022, s. 7). En annen kvinne i samme studie sitter igjen med motsatt erfaring der hun forteller: «Det har nok ikke gått en dag i ettertid, der jeg ikke ... eh ... har tenkt på det Så egentlig burde de hatt tilbud om en sånn oppfølgingsamtale etterpå også ... om hvordan det gikk, da» (Sommerseth et al., 2020, s. 7). Dette tyder på at det er ulike behov og ønsker for oppfølging.

Det finnes i dag ingen takster for oppfølgingssamtaler i forbindelse med abort (NOU, 2023, s.14). Mange kvinner anser aborten som avsluttet når de forlater sykehuset om ikke komplikasjoner oppstår. Likevel er det kvinner som rapporterer følelser i etterkant av aborten og mange har spørsmål etter at de kommer hjem (Sommerseth et al., 2022, s. 8). Selv om det ikke er noe krav, tenker vi derfor sykepleier på sengepost bør tilby noen form for oppfølging, uavhengig av om kvinnen ønsker det eller ikke. I flere tilfeller endrer kvinnene mening eller kjenner på at de etter en periode kunne hatt behov for å snakke med noen likevel. En telefonsamtale etter hjemkomst noen dager etter aborten vil kunne koste lite, men bety mye. Dersom det oppstår komplikasjoner i ettertid, er det også viktig at kvinnen blir informert om at å ta kontakt med avdelingen. Dette kan være tidsbesparende for både fastleger og sykehus. Som tidligere nevnt kan sykepleier også informere om Amatheia. Her møter kvinnene nøytrale fagpersoner som skaper et trygt rom uten press og stress. Denne helsetjenesten kan kontaktes både før, under og etter aborten (Amatheia, 2023).

6 Konklusjon

I denne oppgaven har vi undersøkt og drøftet hvordan sykepleier kan ivareta kvinner som gjennomfører provosert abort. Funn viser at kvinner har ulike erfaringer i møte med helsetjenesten under abortprosessen, både positive og negative. Det legges stor vekt på at sykepleier skal møte kvinnene der de er, og tilpasse seg deres situasjon. I flere tilfeller blir det erfart at helsevesenet ikke alltid stekker til. God informasjon er nødvendig for å skape trygghet i situasjonen, og bidrar til en bedre abortopplevelse. Samtidig legger flere vekt på behovet for å bli respektert i sin avgjørelse i møte med et ikke-dømmende helsepersonell, og at følelsen av skam ikke forsterkes.

Gjeldene lovverk og yrkesetiske retningslinjer setter krav til hvordan god sykepleie skal utøves. Helsetjenesten er bygd opp for at personsentrert omsorg skal stå i fokus, men til tross for de yrkesetiske retningslinjene må vi erkjenne at dette er mer et ideal enn en realitet. Som tidligere nevnt kan barrierer som kunnskap, holdninger og kommunikasjon sette en demper på ivaretagelsen av abortsøkende kvinner. I tillegg kan institusjonelle begrensninger som tid, ressurser og nok personale på jobb skape ubalanse. I en travel hverdag må sykepleier aktivt strukturere tiden som er til rådighet, og skape gode opplevelser i de korte møtene.

Arbeidet rundt denne oppgaven har gjort oss oppmerksom på hvordan ivaretagelsen av kvinner som gjennomfører provosert abort i stor grad avhenger av hvordan de blir møtt. Holdninger, blikk, væremåte og fremtoning kan spille en avgjørende rolle i opplevelsen kvinnen vil sitte igjen med. Vi tenker at en underliggende grunnholdning sykepleiere bør ha er å kunne møte alle med kunnskap, respekt og medmenneskelighet. Avslutningsvis ønsker vi å påpeke at norsk helsevesen og den norske velferdsstat er i verdensklasse. Tross utfordringer og til tider knappe ressurser får alle, uavhengig av økonomi og nasjonalitet, en inkluderende, solidarisk og rettferdig behandling når det er nødvendig.

Ved videre forskning hadde det vært spennende å fordype seg i årsaker til stigmatisering rundt abort, og hvorfor kvinner rundt om i verden som blir utsatt for overgrep nektes retten til å bestemme over egen kropp.

Litteraturliste

- Abortloven. (1975). *Lov om svangerskapsavbrudd*. (LOV-1975-06-13-50). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50>
- Altshuler, A. L., Goldsmith, A. O., Blumenthal, P. D. & Freedman, L. R. (2017). A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care. *Science Direct*. 109-116.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.010>
- Andersson, I-M., Christensson, K. & Danielsson, K. G. (2014). Caring for women undergoing second-trimester medical termination of pregnancy. *Science Direct*. 460-465. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.01.012>
- Amathea. (2023). Abort. <https://amathea.no/abort/>
- Austveg, B. (2017). *Abort: En etisk argumentasjon*. Humanist Forlag.
- Chae, S., Desai, S., Crowell, M. & Sedgh, G. (2017). Reasons why women have induced abortions: a synthesis of findings from 14 countries. *National Library of Medicine*. 96(4):233-241. DOI: [10.1016/j.contraception.2017.06.014](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.06.014)
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Danielsen, A. & Berntzen, H. (2022). *Sykepleie ved smerter*. I Stubberud, D-G. & Grønseth, R (red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 438-490). Gyldendal Norsk Forlag.
- Den katolske kirke. (2019). *En samtale om abort*. Veritas Forlag.
<https://www.katolsk.no/tro/tema/etikk/artikler/en-samtale-om-abort.pdf>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Georgsson, S. & Carlsson, T. (2018). Pain and pain management during induced abortions: A web-based exploratory study of recollections from previous patients. *Wiley Online Library*. 3006-3017. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.14132>
- Hansen, I. (2021). *Sykepleie i et flerkulturelt samfunn*. I: Kristoffersen, N. J., Skaug, E-A., Steindal, S, A. & Grimsbø, G. H. (red.). *Grunnleggende sykepleie*. (4. utg., s. 137-164). Gyldendal Norsk Forlag.
- Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

- Helsedirektoratet. (u.å.). *Informasjon til deg som skal søke abort etter utgangen av 12. svangerskapsuke*. Helsedirektoratet. Hentet 21. mars 2023 fra https://www.helsedirektoratet.no/tema/abort/Informasjonsskriv%20til%20deg%20om%20skal%20søke%20om%20abort%20etter%20utgangen%20av%2012.%20svangerskapsuke.pdf/_attachment/inline/0eb88d5a-f6b1-43d6-a140-3f8cbaf8d438:4badcc1aa1deba628c2cd09dcd187e135a1550c4/informasjonsskriv%20til%20deg%20som%20skal%20søke%20om%20abort%20etter%20utgangen%20av%2012.%20svangerskapsuke.pdf
- Helsenorge. (2020, 31. juli). *Abortmetoder*. Helse Norge. <https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/abortmetoder/>
- Helsenorge. (2022, 4. mars). *Hva er psykisk helse?*. Helse Norge. <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/hva-er-psykisk-helse/>
- Helsenorge. (2020, 31. juli). *Til deg som vurderer abort*. Helse Norge. <https://www.helsenorge.no/sex-og-samliv/abort>
- Jerpseth, H. (2022). *Sykepleie ved gynekologiske sykdommer*. I Stubberud, D.-G. & Grønseth, R. (red.), *Klinisk sykepleie 2* (6. utg., s. 183-216). Gyldendal Norsk Forlag.
- Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., Chesla, C. A. & Gjengedal, E. (2018). *Women's experience when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester*. Taylor & Francis Online. NO.7, 784-807. <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1465945>
- Kristoffersen, N. J. (2021). *Helse og sykdom – utvikling og begreper.. I: Kristoffersen, N. J., Skaug, E-A., Steindal, S, A. & Grimsbø, G. H. Grunnleggende sykepleie*. (4. utg., s. 80-135). Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. J. (2021). *Sykepleie – kunnskap og kompetanse*. I: Kristoffersen, N. J., Skaug, E-A., Steindal, S, A. & Grimsbø, G. H. *Grunnleggende sykepleie*. (4. utg., s. 170-223). Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2021). *Sykepleie – relasjoner, verdier og etikk*. I: Kristoffersen, N. J., Skaug, E-A., Steindal, S, A. & Grimsbø, G. H. *Grunnleggende sykepleie*. (4. utg., s. 30-78). Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristofersen, N. J., Skaug, E-A., Steindal, S. A., & Grimsbø, G. H. (2021). *Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste*. I: Kristoffersen, N. J., Skaug, E-A., Steindal, S, A. &

- Grimsbø, G. H. *Grunnleggende sykepleie*. (4. utg., s. 16-28). Gyldendal Norsk Forlag. Kvinnemuseet. (u.å.). *Fortiet. Aborthistorien*. Kvinnemuseet. Hentet 21. mars 2023 fra <https://kvinnemuseet.no/aborthistorien>
- Lurås, S. I. & Jensen, K. T. Kvinners mentale helse etter en provosert abort – en scoping review. *Sykepleien Forskning*. 2022; 17(90993):e-90993. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2022.90993](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.90993)
- Løkeland-Stai, M. (2023, 8. mars). *Aborttall for Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>
- Løkeland-Stai, M (red.), Heiberg-Andersen R., Askeland, O. M., Hornæs, M. T., Berg, A. T., Juliusson, P. B., Halvorsen, G. S., & Akerkar, R. R. (2023, 8. mars). *Rapport om svangerskapsavbrot 2022*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/contentassets/cdf38009185f40c8a2b057d6c5a97ab6/rapport-om-svangerskapsavbrot-2022.pdf>
- Malt, U. (2018, 17. desember). *Ambivalens*. Store Medisinske Leksikon. <https://sml.snl.no/ambivalens>
- Nesheim, B-I. (2022, 5. desember). *Abort*. Store Medisinske Leksikon. <https://sml.snl.no/abort>
- NOK. (u.å.). *Hva mener vi med flerkulturelle?* Hentet 5. mai 2023 fra <https://noknorge.no/kultursensitiv-metode-2/hva-mener-vi-med-flerkulturelle/>
- Norsk helse informatikk. (2021, 27. august). *Kirurgisk abort*. NHI. <https://nhi.no/sykdommer/kvinne/abort/kirurgisk-abort/>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2022). *Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse*. I Stubberud, D.-G. & Grønseth, R. (red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 1-21). Gyldendal Norsk Forlag.
- NOU 2023:5. (2023). *Den store forskjellen*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/7e517da84ba045848eb57d4e3d89acc3/no/pdfs/nou202320230005000dddpdfs.pdf>
- Opsahl, A. M. D. (2013). *Får angst og depresjon etter abort*. *Sykepleien*. 2013;101(8): (70-72),

DOI: [10.4220/sykepleiens.2013.0074](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0074)

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Rygh, O. (2017). *Skyld og skam*. Tidsskriftet. 137: 584. Doi: 10.4045/tidsskr.17.0214

Sandvik, K. & Syéd, G. F. (2021). *Hva snakker vi om når vi snakker om abort?*

Solum Bokvennen.

Sommerseth, E., Sandvik, B. M., Dahl, B., Røseth, I., & Lydberg, A. (2022). Kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort. *Sykepleien forskning*. 2022; 17(89883):e-89883. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2022.89883

VID Vitenskapelige Høgskole. (2020). *Retningslinjer for akademisk oppgaveskriving på bachelor-, videreutdanning- og masternivå – APA 7*.

<https://www.vid.no/site/assets/files/7525/retningslinjer-for-oppgaveskriving-apa-norsk-vid-1.pdf?339g5q>

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2.utg). Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Akademisk Forlag.

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkehistorikk

| Database | Søke Nr. | Søkeord og kombinasjoner | Antall treff | Leste abstrakt | Artikler som brukes i oppgaven |
|---|----------|--------------------------|--------------|----------------|---|
| Forskningsartikkel 1: Cinahl | S1 | «Induced abortion» | 11,741 | 4 | <i>Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester.</i> |
| | S2 | Abortion | 21,760 | | |
| | S3 | Experience | 310,891 | | |
| | S4 | Unsure | 1,927 | | |
| | S5 | S1 OR S2 | 21,827 | | |
| | S6 | S3 AND S4 AND S5 | 6 | | |
| Forskningsartikkel 2: Cinahl | S1 | Abortion | 21,760 | 6 | <i>A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care.</i> |
| | S2 | Experience | 310,891 | | |
| | S3 | «Clinical care» | 17,901 | | |
| | S4 | S1 AND S2 AND S3 | 9 | | |
| Forskningsartikkel 3: Medline | S1 | «Medical termination» | 706 | 12 | <i>Caring for women undergoing second-trimester medical termination of pregnancy.</i> |
| | S2 | Abortion | 96,160 | | |
| | S3 | Caring | 69,553 | | |
| | S4 | S1 OR S2 | 96,355 | | |
| | S5 | S3 AND S4 | 93 | | |
| Forskningsartikkel 4: Medline | S1 | «Induced abortion» | 31,926 | 6 | <i>Pain and pain management during induced abortion: A web-based exploratory study of recollections from previous patients.</i> |
| | S2 | Pain | 857,815 | | |
| | S3 | Nurse | 227,188 | | |
| | S4 | Nursing | 648,029 | | |
| | S5 | S3 OR S4 | 730,071 | | |
| | S6 | S1 AND S2 AND S5 | 8 | | |
| Forskningsartikkel 5: Sykepleien Forskning | S1 | Abort | 15 | 3 | <i>Kvinnens erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort.</i> |